

LEBEN
RETTEN

R747-13a

INFORMATION

für das Sanitäts- und Rettungswesen

2/1979

Herausgeber:

Bayerisches Rotes Kreuz

Bezirksverband Ober- und Mittelfranken

Hübnersplatz 10 · 8500 Nürnberg

Herausgeber: Bayerisches Rotes Kreuz
Bezirksverband Ober- und Mittelfranken, Hübnersplatz 10, 8500 Nürnberg
Telefon 09 11 / 53 33 41

Bankverbindungen:
Bayerische Hypotheken- und Wechselbank Nürnberg Konto-Nr. 201 / 135 500
Postscheckkonto Nürnberg 8999-850

Redaktion: Dr. med. Friedrich Daeschlein, Dr. med. habil. Peter Sefrin,
Siegfried Volz, Walter Engelmann

Bildredaktion: Wolfgang Heubeck

Preis je Heft: DM 1,— zuzüglich Porto

Die Informationsschrift erscheint vierteljährlich

Druck: Offset-Druck und Verlag H. + G. Walter GmbH
Flötnerstraße 4, 8500 Nürnberg, Telefon 09 11 / 55 42 48

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Der Tod am Unfallort — Gedanken eines Notarztes	3
Der Tod am Notfallort — Rechtsmedizinische Aspekte	4
Der Alltag	8
Rettungssanitäter im Einsatz — Medizinisch rechtliche Aspekte	9
Der Präkordiale Faustschlag — ein Diskussionsbeitrag	12
Herzmassage rettet vergiftetes Kleinkind	13
Multiple Choice-Fragen Sammlung	14
Die primäre Reanimation von Neugeborenen	15
Eindringen in Unfallfahrzeuge	19
Was ist hier falsch?	23
Das Maß	23
Erfüllung	23
Glitzerlampen sind gefährlich	24
Derzeitiger Stand der Organtransplantation	25
DRK wirbt für freiwillige Organspende	28
Merkblatt des Deutschen Roten Kreuzes für die Organspende	29
Organspende - damit Leben erhalten bleibt — Organspender-Paß	31

Der Tod am Notfallort

Rechtsmedizinische Aspekte

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität München

von Priv. Doz. Dr. W. Eisenmenger

Wenn vom Einsatz am Notfallort die Rede ist, so wird dabei wohl kaum jemand an rechtsmedizinische Fragestellungen denken. Der erste Gedanke gilt natürlicherweise dem Notfall, gilt dem Einsatz, Menschenleben zu retten. Dabei wird leicht vergessen, daß in einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Fällen der Tod schon eingetreten ist, wenn der Notarzt gerufen wird oder während der ärztlichen Bemühungen eintritt. Es herrscht nun allgemein die Meinung, daß die Behandlung des Lebenden sicher die Aufgabe des Notarztes sei, daß aber Feststellungen am Toten der Pathologie oder Rechtsmedizin überlassen seien. Dieser Irrtum ist ständiger Anlaß zu Reibereien zwischen Ärzten, Juristen und Polizei. Denn der Gesetzgeber hat Bestimmungen getroffen, die die Tätigkeit und auch die Verantwortung im Übergangsbereich der Arbeitsgebiete von klinischer Medizin und Rechtsmedizin in die Hände des kurativ tätigen Arztes legen. Dieser hat die Weichen zu stellen, ob der Rechtsmediziner tätig wird und läuft somit Gefahr, den „schwarzen Peter“ in der Hand zu behalten. Wenn wir deshalb aus rechtsmedizinischer Sicht zu dem Problem des Todes am Notfallort Stellung nehmen, so nicht, um schulmeisterlich den Finger zu heben oder das Gewicht unseres Faches hervorzuheben, sondern um als Mittler zwischen Medizin und Jurisprudenz offenzulegen, welche Schwierigkeiten mit dem Tod am Notfallort sich ergeben können und wie dieselben bestmöglich zu umgehen sind.

Die Probleme beginnen schon bei der Feststellung des eingetretenen Todes. Noch vor wenigen Jahren sah kein Kollege darin ein Problem; denn es galt die Definition des klinischen Todes als irreversiblen Kreislauf- und Atemstillstand und entsprechend wurde eine – häufig kurze – Prüfung der Herz-Kreislauf-Tätigkeit und/oder der Atemtätigkeit vorgenommen und bei Fehlen dieser Merkmale der eingetretene Tod attestiert. In der Zwischenzeit ist, speziell durch die enormen Fortschritte der Intensivmedizin mit ihren Reanimationsmöglichkeiten einerseits und durch das Transplantationswesen andererseits, die Diskussion um die Festlegung des Todeszeitpunktes in Fluß geraten. Wenn man bedenkt, daß es innerhalb der Ärzteschaft unter den Fachgesellschaften der Chirurgen, Anaesthesisten, Neurologen und Internisten nicht unerheblich voneinander abweichende Vorschläge und Empfehlungen zur Festlegung des Todeszeitpunktes gab und eigens Kongresse diesem Thema gewidmet wurden, dann fragt man sich, wie denn der in der Praxis tätige Kollege sich orientieren soll. Welche Auswirkungen letztlich Irrtümer oder Fehler in diesem Bereich haben können, sei an einem Beispiel aus dem eigenen Erfahrungskreis geschildert:

Auf einem Münchner Bahnhof geriet ein Arbeiter zwischen die Zugpuffer. Ein zufällig im Bahnhof anwesender Arzt leistete Erste Hilfe und stellte dabei Herzstillstand und Pulslosigkeit fest, worauf er den Tod attestierte und sich entfernte. Anderntags fand er das üblicherweise volle Wartezimmer seiner Praxis leer. Die Erklärung dafür fand er, als er die Tageszeitung las. Daraus konnte er entnehmen, daß nach ihm noch der Notarzt eingetroffen war und eine Pulstätigkeit wahrgenommen haben wollte. Der Verunglückte wurde sofort in die nächstgelegene Klinik verbracht, wo jedoch auch nach ausgedehnten Wiederbelebungsmaßnahmen nur noch der Tod festgestellt werden konnte. Die Zeitung berichtete über diese Vorgänge mit vollem Namen der Beteiligten und warf dem ersten Arzt vor, durch eine voreilige Todesfeststellung die Rettung des Verletzten behindert, wenn nicht gar verhindert zu haben. Die Staatsanwaltschaft schaltete sich ein und es wurde eine Sektion veranlaßt, die ergab, daß ein totaler Aortenabriß vorlag. Der Notarzt mußte einer Täuschung unterlegen sein, aber der Schaden für die Praxis des anderen Arztes war schon eingetreten.

Noch spektakulärer werden in der Presse die Fälle sogen. Scheintodes behandelt, bei denen tatsächlich fälschlicherweise der Tod attestiert wird. Aus dem Tübinger Institut für Rechtsmedizin wurden von Malach et al. erst vor kurzem mehrere Fälle von fälschlicher Feststellung des Todes bei Vorliegen eines sogen. Scheintodes beschrieben. Da wir selbst oberrugtachtlich einmal zu einem solchen Fall Stellung nehmen mußten, möchten wir ihn beispielhaft für gleichgelagerte Fälle schildern:

Eine ältere Frau war leblos vor dem Bett liegend in ihrer Wohnung aufgefunden worden. Der herbeigerufene Notarzt hatte Pulslosigkeit und lichtstarre Pupillen und daraus den Tod festgestellt. Beim Einsargen wurden plötzlich Atembewegungen registriert, die vermeintliche Leiche ins Krankenhaus gebracht, eine Schlafmittelvergiftung diagnostiziert und behandelt und die Frau überlebte. Die Frau hatte in suicidal Absicht eine Medikamentenüberdosis eingenommen und war danach aus dem Bett gefallen und in der Kälte vor diesem liegengeblieben. Nach erfolgreicher Behandlung wurden von ihr wie auch von ihrer Tochter wegen eines schweren psychischen Schockes erhebliche finanzielle Ansprüche gegen den Notarzt geltend gemacht.

In diesem Zusammenhang erscheint es deshalb notwendig, kurz in Erinnerung zu rufen, bei welchen Erkrankungen Scheintodesfälle in Frage kommen kön-



nen, und die sicheren Todeszeichen zu rekapitulieren. **Scheintodesfälle, bei denen alle vitalen Funktionen bis zu einer Vita minima gedrosselt sind, kommen vor bei Schlafmittelvergiftungen, insbesondere wenn die Vergifteten in der Kälte liegen, bei Kohlenmonoxidvergiftungen, bei Komaformen unterschiedlicher Ätiologie, bei Starkstrom- und Blitzschlagunfällen sowie beim Erfrieren, auch beim Ertrinken von Kindern in Eiswasser.**

Um zu verhindern, daß Scheintodesfälle verkannt werden, gibt es aus rechtsmedizinischer Sicht nur eine absolut sichere Möglichkeit, nämlich die Feststellung des Todes anhand der sogen. sicheren Todeszeichen.

Darunter versteht man

1. die Totenstarre,
2. Totenflecken,
3. Fäulnisveränderungen.

Zweifellos kann diese Forderung von den Notärzten nicht als praxisnah empfunden werden, denn üblicherweise wird man nicht warten, bis die Totenstarre oder die Totenflecken auftreten. Andererseits muß man aber ganz klipp und klar sagen, daß es sein Risiko ist, wenn er den Tod auf andere Weise feststellt.

Glücklicherweise sind wirklich problematische Fälle so selten, daß man kaum einmal in die Verlegenheit kommen wird, einen Scheintod ausschließen zu müssen. Wenn es aber wirklich einmal so weit kommen sollte, daß man mit einem Patienten zu tun hat, bei dem eine der vorher genannten, häufigen Ursachen eines Scheintodes in Betracht kommt, dann empfiehlt es sich wirklich, sich an den sicheren Todeszeichen zu orientieren und ggf. auch einmal eine zweite Besichtigung einige Stunden später in Kauf zu nehmen.

In enger Verbindung mit der Todesfeststellung stehen die Probleme der Leichenschau. Die Unkenntnis der gesetzlichen Bestimmungen in diesem Bereich ist in der Ärzteschaft besonders groß. Das mag zum Teil daran liegen, daß die Bestattungsgesetze Ländergesetze sind und somit ein Arzt, der aus einem anderen Bundesland z. B. nach Bayern kommt, möglicherweise völlig andere Bestimmungen während seines Studiums gelernt hat und sich verständlicherweise nicht eigens ein Bestattungsgesetz beschafft, um auf dem neuesten Informationsstand zu sein. **Überblickt man die derzeit in Bayern geltenden gesetzlichen Bestimmungen, so muß man allerdings aus der Sicht der Rechtsmedizin am Sachverstand des Gesetzgebers zweifeln.** Der Gesetzgeber hat nämlich alle Ärzte zur Leichenschau ermächtigt und alle niedergelassenen

Ärzte zur Leichenschau verpflichtet, wodurch Fehler geradezu provoziert werden. Wie kann man z. B. erwarten, daß ein jahrelang als Röntgenologe tätiger Arzt, der genau wie jeder andere niedergelassene Arzt zur Leichenschau verpflichtet ist, bei der Vornahme einer Leichenschau an der Farbe der Totenflecken eine Kohlenmonoxidvergiftung erkennt. Wir haben in München in den letzten 4 Jahren immerhin zwei Fälle erlebt, bei denen der ärztliche Leichenschauer einen natürlichen Tod attestierte und Hinweise aus der Nachbarschaft und polizeiliche Ermittlungen zu Obduktionen führten, die in beiden Fällen eine Tötung durch Erwürgen ergaben. Da erscheint die frühere Regelung mit speziell zur Leichenschau herangezogenen Personen aus der Sicht der Rechtssicherheit bedeutend besser.

Da die genauen Gesetzestexte des Bestattungsgesetzes, soweit sie ärztliche Tätigkeiten betreffen, selten zur Hand sind, seien sie in der Folge referiert. Artikel 2 des Bayerischen Bestattungsgesetzes vom 24. 9. 1970, zuletzt geändert durch Gesetz vom 11. 11. 1974 lautet:

1. Jede Leiche muß vor der Bestattung zur Feststellung des Todes, der Todesart (natürlicher oder nicht natürlicher Tod) und der Todesursache von einem Arzt untersucht werden (Leichenschau).
2. Auf Verlangen eines jeden aufgrund des Art. 15 zur Veranlassung der Leichenschau Verpflichteten oder einer nach Art. 14, Abs. 2 zuständigen Stelle oder deren Beauftragten sind zur Leichenschau verpflichtet:
 - 1) jeder Arzt, der in dem Gebiet der Kreisverwaltungsbehörde, in dem sich die Leiche befindet oder in dem Gebiet einer angrenzenden kreisfreien Gemeinde niedergelassen ist,
 - 2) in Krankenhäusern und Entbindungsheimen, außerdem jeder dort tätige Arzt.
3. Der Arzt kann die Leichenschau verweigern, wenn sie ihn oder einen Angehörigen, zu dessen Gunsten ihm in Strafverfahren wegen familienrechtlicher Beziehung das Zeugnisverweigerungsrecht zusteht, der Gefahr aussetzen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden.

Art. 3 regelt die Rechte des Leichenschauers und davon ist speziell Abs. 2 interessant, in dem es heißt: Wer den Verstorbenen unmittelbar vor dem Tode berufsmäßig behandelt oder gepflegt hat, hat auf Verlangen des Arztes, der die Leichenschau vornimmt, unverzüglich die zu diesem Zweck erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen. Die gleiche Verpflichtung trifft jeden Arzt, der den Verstorbenen nach dessen Tod untersucht hat.

Art. 18 umfaßt die Ordnungswidrigkeiten, die man bei Verstoß gegen die Bestimmungen gegen das Bestattungsgesetz begeht. Satz 6 lautet: Mit Geldbuße kann

belegt werden, wer als Arzt der Pflicht, die Leichenschau vorzunehmen, nicht oder nicht rechtzeitig nachkommt.

Wesentlichster Punkt dieser Bestimmungen ist also, daß man als Arzt am Notfallort zur Leichenschau verpflichtet ist, wenn man im selben Kreis niedergelassen ist, in dem sich die Leiche befindet oder in einer dem Kreis benachbarten kreisfreien Gemeinde. Am Beispiel Münchens dargestellt: Ein im Kreis niedergelassener Arzt muß nicht in die Stadt zur Leichenschau, aber der in der Stadt niedergelassene Arzt ist zur Leichenschau im Kreis verpflichtet. Erfreulich hervorzuheben an diesem Gesetzestext ist die Einräumung des Rechtes, von behandelnden Ärzten oder Pflegepersonal Auskunft verlangen zu können, was eine Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht bedeutet. Tatsache jedoch ist, daß man kaum einmal erlebt, daß diese Rechte wahrgenommen werden.

Weitergehende Bestimmungen für den Arzt finden sich dann noch in der Verordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes vom 9. 12. 1970, geändert durch Verordnung vom 26. 11. 1976:

Hier besagt § 3: Der zur Leichenschau zugezogene Arzt hat die Leichenschau unverzüglich vorzunehmen und darüber eine Todesbescheinigung auszustellen, die aus einem vertraulichen und einem nicht vertraulichen Teil besteht. Er darf die Todesbescheinigung erst ausstellen, wenn er an der Leiche sichere Anzeichen des Todes festgestellt hat – wobei man wieder bei dem schon zuvor angeschnittenen Problem ist, für das es keine absolut praxisgerechte Lösung gibt.

§ 4 führt aus: Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod oder wird die Leiche eines Unbekannten aufgefunden, so dürfen bis zum Eintreffen des Arztes, der die Leichenschau vornimmt, an der Leiche nur Veränderungen vorgenommen werden, die aus Gründen der öffentlichen Sicherheit zwingend erforderlich sind. Der zur Leichenschau zugezogene Arzt hat sogleich die Polizei zu verständigen und ihr die Todesbescheinigung mit der Durchschrift zuzuleiten. Wer dieser letztgenannten Bestimmung zuwiderhandelt, kann nach § 25 mit einer Geldbuse belegt werden.

Aus rechtsmedizinischer Sicht erscheinen diese Bestimmungen nicht unproblematisch. Wir denken dabei in erster Linie an den Konflikt, in den ein Notarzt geraten kann, wenn er zur Anzeige der Anhaltspunkte eines nicht natürlichen Todes gegenüber der Polizei verpflichtet ist, die Angehörigen des Toten dies aber verhindern wollen, speziell bei den Fällen eines Suicides, der nicht an die Öffentlichkeit dringen soll. Wir haben mehrfach erlebt, daß Erhängte von den Angehörigen abgenommen wurden und mit hochgeschlossenen Kragen oder stark angehobenem Kopf ins Bett gelegt wurden. Wenn dann der zur Leichenschau gerufene Arzt am Hals streifige Vertrocknungen bemerkt und einen dementsprechenden Verdacht äußert, so stößt er in der Regel auf den strikten Widerspruch der

Angehörigen und es ergibt sich dann, oft aus der gleichzeitigen Vertrauensstellung als Hausarzt der Familie, eine erhebliche Konfliktsituation. Erwähnt sei in diesem Zusammenhang nur noch das sehr häufige Beiseiteräumen von Medikamenten bei Tablettenvergiftungen oder das Aufkleben eines Pflasters bei Pulsaderschnitt oder Kopfschuß.

Wir wissen auch um die Konflikte, die sich für einen Notarzt aus dem gesetzlichen Verlangen nach der Untersuchung eines Toten ergeben. Welcher Notarzt würde regelmäßig bei Notfalleinsätzen, bei denen eine Leichenschau vorzunehmen ist, auf einer völligen Entkleidung der Leiche bestehen, um die Leichenschau ordnungsgemäß durchführen zu können? Spezielle Hemmungen treten dann noch hinzu, wenn der Verstorbene eine ältere Person ist und möglicherweise in hausärztlicher Behandlung des gleichen Arztes stand und – auch das sei offen angesprochen – wenn der Verstorbene einem höheren sozialen Milieu entstammt. Die zuvor erwähnten beiden Fälle, bei denen ein Erwürgen vom Leichenschauer nicht erkannt wurde, sind deshalb aus unserer Sicht so unverständlich nicht. Wenn man aber mit Fällen konfrontiert wird, wie sie unlängst in der Zeitschrift „Kriminalistik“ veröffentlicht wurden, nämlich daß Schuß-, Stich- und Hiebverletzungen vom Leichenschauer nicht bemerkt wurden und Tötungsdelikte erst durch ein Geständnis bei der Festnahme von Tätern in anderem Zusammenhang entdeckt wurden, so fällt es schwer, das den Juristen verständlich zu machen. Um die Minimalforderung der Besichtigung auch der Leichenrückseite wird man deshalb nicht herumkommen bzw. man muß eindeutig darauf hinweisen, daß der Arzt am Notfallort das Risiko trägt, wenn er auf die Vornahme dieser Handlungen verzichtet.

Erstaunlich ist für uns immer wieder, daß große Diskrepanzen in der Auslegung des Begriffes vom natürlichen und nicht natürlichen Tod bestehen. Verständlich aus unserer Sicht ist die irrige Auffassung, daß ein Tod an Pneumonie oder Lungenembolie nach Verkehrsunfall als natürliche Todesursache aufgefaßt wird, obwohl es sich um einen mittelbar unnatürlichen Tod im strafrechtlichen Sinne dabei handelt. Solche Irrtümer geben häufig Anlaß zu späteren Auseinandersetzungen mit Versicherungen und vor dem Strafgericht bei dem Vorwurf fahrlässiger Tötung. Nicht mehr verständlich erscheint uns aber ein Beispiel, das sich tatsächlich so zugetragen hat, wie es nachfolgend geschildert wird:

Beim Tode eines Pkw-Fahrers, der eine offene Schädelfraktur erlitten hatte, kreuzte der ärztliche Leichenschauer im Leichenschauschein natürlichen Tod an.

Zur Rede gestellt, wie er bei einer solchen Verletzung einen natürlichen Tod annehmen könne, gab er zur Antwort, daß er es ganz natürlich gefunden habe, daß man an einer solchen Verletzung sterbe und deswegen auch der Auffassung gewesen sei, daß es ein natürlicher Tod gewesen sei.

Definitionsgemäß versteht man unter nicht natürlichem Tod den Eintritt des Todes im Gefolge von Unfällen, Selbstmordhandlungen, strafbaren Handlungen oder sonstiger Gewalteinwirkung.

Es kann hier im einzelnen keine Darstellung aller Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod gegeben werden. In der Kürze seien lediglich ein paar Aspekte genannt.

Bei Gewalteinwirkungen durch Schuß, Stich oder Hieb ist zunächst daran zu denken, daß davon besonders Kopf und Brust betroffen sind und entsprechend muß diesen Partien immer besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Heftpflaster sollten



entfernt werden und daran gedacht werden, daß Einschußverletzungen in den Schläfenhaaren bisweilen so klein sind und so wenig bluten, daß sie der oberflächlichen Besichtigung entgehen. Da bei Verletzungen des Thorax der Tod sehr oft an innerem Verbluten eintritt, sollte, bei der Feststellung nur spärlicher Totenflecke nach längerer Liegezeit, der Thorax eingehend untersucht werden. Geformte Hämatome und abnorme Beweglichkeit an Skeletteilen sind weitere Hinweise in Richtung auf solche Formen der Gewalteinwirkung.

Sehr schwer ist bisweilen die Feststellung des mechanischen Erstickens. Hier sind es besonders das Auffinden von fleckförmigen oder bandförmigen Vertrocknungen an der Halshaut in Verbindung mit konjunktivalen Ecchymosen, die Hinweise liefern. Ein Blick in die Konjunktiven, für den Laien von der Prüfung der Pupillenreaktion nicht zu unterscheiden und

deshalb unauffällig, sollte nie unterlassen werden. Ertrinkungsvorgänge im häuslichen Milieu, die zum Beispiel durch das Ablassen des Badewassers und die Verbringung der Leiche ins Bett kaschiert werden sollen, sind oft durch das Austreten von feinblasigem Schaum, auch noch längere Zeit nach dem Todeseintritt, aus den Atemöffnungen gekennzeichnet, so daß man bei Auffinden von Schaum in Nase oder Mund auch stets nach sogen. Waschhautbildung an Händen und Füßen sehen sollte.

Thermische Einwirkungen wie Verbrennungen und Verbrühungen werden wohl kaum zu vertuschen sein und deshalb auch kaum übersehen werden können. Anders steht es da mit dem Erfrieren, bei dem man keine äußeren Veränderungen feststellen kann und lediglich in Abhängigkeit von der Jahreszeit in Betracht ziehen kann. Tod durch Stromschlag hinterläßt an der Ein- bzw. Austrittsstelle an der Haut oft klassische Strommarken, die gekennzeichnet sind durch eine wallartige, rundliche Aufwerfung der Haut von gelbbraunlicher bis porzellanweißer Farbe mit zentralem, schwärzlichem Defekt. Aber bei feuchter Haut oder breitflächigem Stromdurchtritt können diese Marken fehlen, so daß in diesen Fällen den äußeren Umständen, unter denen der Tod eintrat, das besondere Augenmerk des Arztes zu gelten hat.

Aber selbst wenn Strommarken vorhanden sind, können sie so klein und an so ungewöhnlichen Stellen wie der Unterseite der Zehen gelegen sein, daß sie sich der oberflächlichen Betrachtung entziehen. Bei Blitzschlag findet man in der Haut des Rumpfes häufig farnartige Hautverfärbungen, aber wir haben auch schon feststellen müssen, daß lediglich leichte Verschorungen der Körperhaare in einem Fall vorlagen.

Vergiftungen sind mit am schwierigsten zu erkennen. Die Farbe der Totenflecke bei der Kohlenmonoxidvergiftung ist da noch als relativ gute Möglichkeit zu nennen. Auch der Geruch, der sich bei Vergiftungen mit Blausäure als Bittermandelgeruch und bei der Vergiftung mit Pflanzenschutzmitteln durch lauchartige Geruchskomponenten äußert, sind mögliche Erkennungszeichen. Vorgeschichten mit Krämpfen, Erbrechen und Durchfällen im Zusammenhang mit verdächtigen Mahlzeiten, wie z. B. Pilzen, sind ein weiteres Indiz. In jüngster Zeit hat noch die Häufung von Punktionsstellen über den Armvenen besondere Bedeutung erlangt im Zusammenhang mit dem Tod Drogensüchtiger. Tödliche Abtreibungshandlungen, die früher zum täglichen Brot der Rechtsmedizin gehörten, sind heute so selten, daß man sich ein besonderes Eingehen darauf ersparen kann.

Einer besonderen Erwähnung bedarf noch der Tod im Kindesalter. In jüngster Zeit wurde vielfach auf die große Zahl der Kindesmißhandlungen hingewiesen, bei denen es bisweilen zum tödlichen Ausgang kommt. Wir haben mehrere Fälle von tödlicher Kindesmißhandlung im Säuglingsalter gesehen, bei denen schwere Schädel-Hirnverletzungen zum Tode geführt

hatten, ohne daß äußerlich gravierende Veränderungen erkennbar gewesen wären. Solche Beobachtungen sollten Anlaß dazu geben, daß beim Tod eines Kindes die Leichenschau besonders sorgfältig durchgeführt wird und eine leichtfertige Attestierung einer vermuteten Todesursache unterbleibt.

Diese nur ganz kurze Zusammenstellung einiger Gesichtspunkte soll daran erinnern, daß der Notarzt nicht nur bei der Behandlung Lebender besondere Verantwortung trägt, sondern auch beim Tod am Notfallort Gefahr läuft, den „schwarzen Peter“ in der Hand zu behalten. Indem der Gesetzgeber alle niedergelassenen Ärzte in Pflicht genommen hat, sollten Hemmungen und Rücksichtnahmen auf die Pietätsgefühle der Angehörigen nicht davon abhalten, gewisse Mindestanforderungen bei der Leichenschau zu erfüllen. Aus rechtsmedizinischer Sicht können wir nur immer wieder hervorheben, daß die gesetzlichen Regelungen auf diesem Sektor nicht als ideal zu bezeichnen sind und eine praktische Durchführung der darin enthaltenen Bestimmungen fast nicht möglich ist. **Es muß deshalb das gemeinsame Bemühen von Rechtsmedizin und den im Notfalleinsatz tätigen Ärzten sein, aus dem Vorhandenen das Beste zu machen, ohne sich in den juristischen Fallstricken zu verfangen und in den Fällen, bei denen ärztliche Fehler in diesem Bereich offenbar werden, die Juristen darauf hinzuweisen, daß die praktische Durchführung des Gesetzestextes an der Wirklichkeit scheitert.**

Anschrift des Verfassers:

Priv.-Doz. Dr. W. Eisenmenger
Institut für Rechtsmedizin
Frauenlobstraße 7a, 8000 München 2.

DER ALLTAG

Der Alltag bringt Euch nicht die Sensationen,
Von denen Ihr so gerne träumt.
Was habt Ihr schon damit versäumt.
Der Ruhm kommt kaum zu einem von Millionen.
Erfreut Euch dess, was Euch gelingt,
Der Freuden, die das Heute bringt,
Dann wird sich auch das schlichte Leben lohnen.

Robert Ulsamer